

医療法人誓生会 介護医療院まつかぜ

【適切な意思決定支援に関する指針】

1 目的

入所者様及びご家族等（親類、友人含む）が希望される場合には、加齢に伴う機能低下や病気・外傷による回復不能など、入所者様の容態が悪化された場合に、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかで、安らかな日々を過ごしていただくための精神面の終末期ケアの意思決定支援及び看取りを実施します。

2 対象

- (1) 看取りについて充分理解し、看取りについて同意があった入所者様。
- (2) 慢性疾患や加齢に伴う機能低下により心身が衰弱し、医学的に回復の見込みがないと担当の医師に診断される状態にある入所者様。

3 基本姿勢

- (1) 入所者様の人生の歴史を尊重したうえでケアを実践します。
- (2) 入所者様のご家族等の思いや願いを汲み取る姿勢で臨みます。
- (3) 入所者様とご家族等の思いが食い違う場合には、入所者様の思いを最優先します。
- (4) 一貫したケアに努めます。
- (5) QOL (Quality of Life : 生活の質) を損なわないように、苦痛の除去、安楽で安心を感じるケアを目指します。
- (6) 入所者様とともにご家族等の精神的負担への対応を意識して実施します。

4 実施内容

- (1) 介護医療院まつかぜは、入所者様並びにご家族等に対し、看取りの目的を明確にし、必要が生じた場合は、意思確認をして同意を得ます。
- (2) 担当医師により医学的に回復の見込みがないと判断された時点から、終末期ケアを開始します。
- (3) 看取りの実施に当たっては、終末期ケアに携わる担当医師、医療・介護従事者等の職員が統一した認識を持って看取りの計画を策定し、入所者様並びにご家族等に対し、十分な説明を行い、同意を得ます。また必要に応じて計画の見直しを実施し、変更する場合には、入所者様及びご家族等に対し説明し、同意を得ます。

5 実施にあたって

(1) 施設整備

尊厳ある安らかな最期を迎えていただくために、観察室を提供する等、その人らしい人生を全うしていただくための環境整備に努めます。また、ご家族等の面会や付き添い等の協力体制に対し、出来る範囲内での設備・器具を提供します。

(2) 施設内の連携体制

看取りの実施に当たっては、関連する職員で情報の共有化を図り、協力体制を築きます。協力体制のもと、入所者様の安らかな状態を保つように状態把握に努め、随時カンファレンスを行いながら、必要なケアを提供します。

(3) 終末期ケアに関する以下の記録を整備します。

- ① 終末期ケアについての同意書
- ② 担当医師の指示書
- ③ 終末期ケア計画書
- ④ 経過・観察記録
- ⑤ ケアカンファレンスの記録
- ⑥ 臨終期の記録
- ⑦ 終末期ケア終了時のカンファレンスの記録

(4) 職員の教育

よりよい終末期ケアを行うため、死生観に関する研修等を行い、看取りについての理解を深めることに努めます。

(5) 役割分担

- ① 管理者：総括
- ② 医師
 - ・終末期ケアへの移行段階の判断
 - ・家族への説明
 - ・緊急時や夜間帯の対応と指示
 - ・協力病院との連絡調整
 - ・カンファレンスの参加
 - ・死亡確認、死亡診断書等の作成
- ③ 介護支援専門員
 - ・終末期ケア計画書の作成
 - ・継続的な家族支援
 - ・緊急時のマニュアル作成と周知
 - ・カンファレンスへの参加と記録
 - ・死後のケアとしての家族支援と身辺整理
- ④ 看護職員及び介護職員
 - ・きめ細やかな食事、排泄、清潔保持の提供
 - ・身体的、精神的な緩和ケア
 - ・カンファレンスへの参加
 - ・状態観察と経過観察記録や臨終期記録への記載等

6 看取りに関する研修

職員に対し以下の内容について教育します。

- ① 看取りの理念
- ② 死生観
- ③ 看取り期に起こりうる変化と対応
- ④ 夜間及び緊急時の対応
- ⑤ チームケアの充実
- ⑥ ご家族等の支援
- ⑦ 検討会・カンファレンスの実施

附 則

この規程は、令和3年10月1日から施行する。

この規程は、令和6年4月1日から一部変更する。

【意思決定についての事前確認書】

入所者様の皆様へ

介護医療院まつかぜでは、ご希望される方には精神面でのケアを中心とした、終末期ケアを行っています。入所者様の容体が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲で、ご自身のご要望を出来る限り反映させていただきたいと考えております。

つきましては、以下の質問項目により、入所者様が終末期ケアに対してどのようなお考えをお持ちでいらっしゃるか、可能な範囲で結構ですので、ご回答いただきますようお願い申し上げます。

1. 終末期を迎えたい場所はどこですか？

- 介護医療院まつかぜで最期を迎えたい 自宅に戻って最期を迎えたい
 松風病院、他の医療機関への入院を希望する 今はわからない

2. 終末期には、積極的な延命治療を望まれますか？

- 望む
 望まない 自然な形でいい
 今はわからない

3. 急変時（心停止・呼吸停止）に病院への搬送を希望されますか？

- 希望する
 希望しない
 今はわからない

4. 病気について全てをお知りになりたいですか？

- 知りたい
 知りたくない
 今はわからない

5. その他（ご希望、ご要望があれば御記入ください）

注) 上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでも申し付けてください。

また、本紙記載は利用にあたって必ずご記入いただく性質のものではありません。

令和 年 月 日

入所者氏名 _____ ㊞

身元引受人

(契約者) 氏 名 ㊞ (続柄)

(その他家族等) 氏 名 ㊞ (続柄)

氏 名 ㊞ (続柄)

担当医師 ㊞

担当職員 ㊞

【終末期ケアについての同意書】

私は、終末期ケアについて、介護医療院まつかぜが提供する対応並びに担当医師の説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し、同意いたします。

また状態が急変した場合、家族等が最期に間に合わないことについても了承しました。

記

① 医療機関での治療は令和____年____月____日をもって終了し、本人に苦痛を伴う処置対応は行いません。

また、危篤な状態に陥った場合も医療機関には搬送せず、介護医療院まつかぜにて看取ります。

② 身体的なケアでは、安心できる声かけをし、身近に人を感じられるよう入所者様の尊厳を守るよう援助させていただきます。

③ 担当医師に相談・指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法を取り、介護医療院まつかぜでできる限りのケアを提供させていただきます。

④ ご家族等の希望に沿った対応に心がけます。

⑤ ご本人並びにご家族等の希望や意向に変化が生じた場合は、その意向に従い援助させていただきます。

介護医療院まつかぜ 管理者 山内義明 殿

令和____年____月____日

| | | | |
|-----------------------|----|---|----|
| 入所者様 | 住所 | 〒 | 続柄 |
| | 氏名 | | ㊟ |
| ご契約者 身元引受人 | 住所 | 〒 | 続柄 |
| | 氏名 | | ㊟ |
| その他の 家族・親類・ 友人等 | 住所 | 〒 | 続柄 |
| | 氏名 | | ㊟ |

| | |
|------|---|
| 担当医師 | ㊟ |
| 担当職員 | ㊟ |

【終末期ケアにおける確認事項】

入所者氏名 _____ 様

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

| 確認項目 | 確認事項等 | 備考 |
|------------|----------------|----|
| 付き添いの可否 | | |
| 臨終の時側にいる方 | | |
| 連絡先 (3ヶ所) | 1. 2. 3. | |
| 臨終時に着せたいもの | | |
| ご遺体の移送方法 | | |
| ご遺体の移送先 | | |
| ご葬儀の場所 | | |

| | |
|--------|--|
| ご家族等氏名 | |
| 担当職員 | |